Aus der chirurgischen Klinik zu Kiel.

Zur Casuistik der Bursitis iliaca.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Heinrich Poppe,

approb. Arzt aus Itzehoe.

Kiel 1900.

Druck von H. Fiencke.

Aus der chirurgischen Klinik zu Kiel.

Zur Casuistik der Bursitis iliaca.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Heinrich Poppe,

approb. Arzt aus Itzehoe.

Kiel 1900.

Druck von H. Fiencke.

No. 32.

Rektoratsjahr 1900/1901.

Referent: Dr. **Helferich.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. Völckers,

z. Z. Decan.

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153521_0183

Die Erkrankung der Bursa iliaca s. subiliaca ist ein ziemlich seltenes Vorkommnis. Zuelzer[1]), der die in der Litteratur veröffentlichten Fälle von Bursitis iliaca gesammelt und publicirt hat, teilt nur 14 Fälle mit. Ich habe bei genauer Beschäftigung mit der Erkrankung des betreffenden Schleimbeutels in der chirurgischen Litteratur noch mehrere Fälle gefunden, die von obigem Verfasser nicht erwähnt sind. Im Übrigen dürfte die Bursitis iliaca wohl nicht ganz so selten sein, wie es nach Vorstehendem den Anschein hat; sie ist nur oft verkannt worden. Denn es finden sich, worauf Schaefer[2]) bereits aufmerksam macht, in der Litteratur mehrfach Notizen über grosse seröse Cysten am Oberschenkel dicht unter dem Poupart'schen Bande zwischen den Adductoren unmittelbar bis ans Becken reichend, von denen mindestens ein Teil eine Bursitis iliaca war. Schaefer weist auch auf ein Referat über eine Arbeit von Michel in Charleston hin, der eben einige Fälle von solchen grossen Cysten am Oberschenkel veröffentlicht hatte und der Meinung war, dass es sich um kongenitale, hydropisch gewordene, zu Cysten umgewandelte Ausstülpungen des Peritoneums handle. Zu dieser Ansicht bemerkt Schaefer: „Es ist ja denkbar, dass auch derartige Bildungen vorkommen, aber ein Teil der von Michel angeführten Beobachtungen betrifft sicher Hygrome der Bursa iliaca." So wird es jedenfalls bereits öfter Ärzten gegangen sein, dass sie teils, weil die Vieldeutigkeit der Symptome sie irreführte, teils vielleicht auch, weil sie überhaupt nicht an die Existenz des in Rede stehenden Schleimbeutels dachten, eine Bursitis iliaca verkannten.

---

[1]) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1899.

[2]) Centralblatt für Chirurgie 1880.

Die Bursa mucosa iliaca s. subiliaca wird vielfach, unter anderen auch von Hyrtl, als der grösste Schleimbeutel unseres Körpers bezeichnet. v. Volckmann giebt an, dass er von der Grösse eines Hühnereies sei; er gehört zu denjenigen Schleimbeuteln, die sich nachgewiesenermaassen bereits im Uterus bilden und regelmässig beim Menschen gefunden werden, und hat — wie alle Bursae mucosae — die Bestimmung, die Bewegung der Weichteile gegen den Knochen zu erleichtern.

Die Topographie der Bursa iliaca ist folgende: Sie liegt unter dem sich verschmälernden Muskelbauch des M. iliopsoas, da wo dieser über den Ramus horizontalis des Os pubis hinüberzieht, um sich gegen den Trochanter minor hinzuwenden. Sie wird, nach Fricke[1]), begrenzt nach oben vom Ramus horizontalis der Os pubis, nach innen vom Rande des Acetabulum, nach aussen vom Halse des Caput femoris, nach unten vom Trochanter minor. Die Bursa hat eine Trichterform und zwar der Art, dass sie oben unter dem Ramus horizontalis des Os pubis am weitesten erscheint und sich nach unten gegen den Trochanter minor bedeutend verschmälert. Nach hinten liegt sie der Kapsel des Hüftgelenks direkt auf oder kommuniziert mit demselben; nach vorn wird sie, wie bereits erwähnt, vom M. iliopsoas bedeckt, mit dessen hinterer Fläche sie nach Joessel verwächst. Es liegt also der Schleimbeutel unter dem Ligamentum Poupartii, unterhalb und lateralwärts vom Tuberculum ilio-pectineum. Will man eine genaue Ansicht dieser Bursa haben, so schneidet man — nach Fricke's Angaben — am besten den M. iliopsoas auf der inneren Fläche des Hüftbeins quer durch und löst nun die Fasern dieses Muskels, indem man sie anzieht, immer dicht am Knochen ab. Wenn man an den Ramus horizontalis des Os pubies gekommen ist, erscheint die Verbindung der Muskelfasern mit den unterliegenden Teilen nicht mehr so innig, und trennt man nun vorsichtig, die Muskeln etwas straffer anziehend, das lockere Zellgewebe

---

[1]) Schmidt's Jahrbücher 1834.

mittels Scalpells, so gelangt man gleich auf die leicht an der dünnen fast durchsichtigen bläulichen Haut zu erkennende Bursa. Ein hier gemachter Einschnitt zeigt am besten die fast ganz bis an den kleinen Trochanter hinuntergehende trichterförmige Bursa. Zu dem Schleimbeutel stehen sowohl der N. cruralis, als auch die grossen Schenkelgefässe in naher Beziehung. Denn der Nerv, dessen Hauptast quer über dem M. iliopsoas verläuft, kommt am medialen Rande dieses Muskels entlang ziehend, in der Lacuna musculorum in die nächste Nähe der Bursa; medial vom N. cruralis ziehen die grossen Gefässe auf dem M. pectineus am medialen Rande des M. iliopsoas hinab. Noch grössere Bedeutung kommt der bereits oben erwähnten Beziehung der Bursa zu dem Hüftgelenk zu. Sie verwächst nämlich mit einer dünneren Stelle der vorderen Seite der Hüftgelenkkapsel, einer Stelle, die zwischen dem Ligamentum Bertini und dem Ligamentum pubo-femorale gelegen ist. Über das Bestehen einer Kommunikation des Schleimbeutels an dieser Stelle mit dem Gelenk gehen die Meinungen der Autoren auseinander. Fricke, der wohl als einer der ersten eingehendere Studien bezüglich der Bursa iliaca machte, fand eine Kommunikation an den Leichen in ca. 10 %. Er sah dieselbe bei beiden Geschlechtern und bei Kindern in gleichem Verhältnis, ohne eine Ursuche ergründen zu können, so dass er sie für einen Bildungsfehler ansah. Hyrtl giebt an, dass der Schleimbeutel häufig mit der Kapselhöhle des Hüftgelenks zusammenhänge, was bei bejahrten Individuen fast immer der Fall sei. Henle dagegen erklärt nach seinen Erfahrungen die Kommunikation überhaupt für eine seltene Ausnahme. Nach Luschka kommuniziert die Bursa iliaca bei jüngeren Individuen nur sehr ausnahmsweise mit dem Gelenk, in späteren Jahren sei dieser offene Verband ganz gewöhnlich, bedingt durch die Abnutzung, welche die Gewebe durch Reibung im Verlaufe der Zeit erfahren haben. Luschka ist es auch, der darauf aufmerksam macht, dass der Scheimbeutel nur mit derjenigen Abteilung des Synovialsackes kommuniziert, welche den Schenkelhals umgiebt und durch das Labrum cartilagineum der Pfanne von dem oberen Kapselraum hermetisch abgeschlossen wird.

Joessel endlich giebt an, dass manchmal anstatt der oben von uns erwähnten dünneren Stelle der Gelenkkapsel ein Defekt vorhanden sei, der nur durch die Synovialmembran gedeckt werde. Relativ selten fehle auch der Verschluss der Synovialmembran. Dann fände man eine ovuläre, mit dem Längsdurchmesser nach unten gerichtete und durch einen scharfen Rand begrenzte Öffnung. Aus allen diesen sich teilweise widersprechenden Angaben kann man wohl den Schluss ziehen, dass eine Kommunikation der Bursa mit dem Gelenk gewöhnlich nicht vorhanden ist, jedoch bei älteren Individuen viel häufiger beobachtet wird, als bei jüngeren, welch letzteres nach der von Luschka gegebenen Erklärung auch durchaus begreiflich erscheinen muss. Diese Kommunikation findet sich bei gewissen pathologischen Processen vielleicht öfter als normaler Weise.

Was die Erkrankungen der Bursa iliaca anlangt, so wird bei weitem am häufigsten die chronische seröse Entzündung, das sog. Hygroma, beobachtet. Hingegen findet man, wie auch aus den von Zuelzer gesammelten Fällen zu ersehen ist, sowohl die eitrige als auch die akute seröse Entzündung äusserst selten. Unter allen veröffentlichten Fällen von Bursitis iliaca sind zwei eitriger Natur, keine einzige akute seröse Entzündung. Da der Schleimbeutel vom M. iliopsoas bedeckt liegt, so ist ja auch eine mit Eröffnung verbundene Verletzung des serösen Sackes, so dass Infektionsmaterial von aussen eindringen könnte, so leicht nicht möglich, Doch kann die Bursa secundär vereitern, wie man es bei Coxitis gesehen hat; ferner können Eitersenkungen längs oder innerhalb des M. iliopsoas bei Spondylitis, Psoitis, parametritischen Abscessen in den Schleimbeutel einbrechen, und endlich sollen auch vereiterte Bubonen, allerdings sehr selten, die Bursa in Mitleidenschaft ziehen. Dass in letzteren Fällen grosse Gefahr für das Hüftgelenk vorhanden ist, zumal dann wenn eine Kommunikation besteht, ist ohne weiteres klar. Die Symptome sind dieselben wie sie jeder der Haut etwas näher gelegene, abgekapselte Abscess auch macht; in wenigen Tagen bildet sich eine starke Anschwellung, die lebhafte spannende klopfende

Schmerzen verursacht: die Haut darüber ist gerötet, heiss; die Geschwulst fühlt sich teigig an und fluktuiert; die Störungen des Allgemeinbefindens sind mehr oder weniger ausgesprochen; die Schmerzen können so stark werden, dass sie dem Kranken jede Ruhe rauben; jede Bewegung steigert sie bedeutend. Wird jetzt nicht dem Eiter Abfluss verschafft durch eine breite Incision, so bricht der Eiter spontan durch. Diese Fistelbildung kann unter Umständen dazu verleiten, eine Coxitis anzunehmen. Die Dauer der Eiterung beträgt ohne Kunsthilfe meist Wochen und Monate, und die Wirkung ist dann eine ziemlich ausgedehnte Nekrotisierung des serösen Sackes und seiner Umgebung. Der durch die Schwellung auf die Umgebung ausgeübte Druck bewirkt die gleichen Symptome, die gleiche pathologische Beinstellung, die wir später bei dem Hygrom der Bursa anzuführen haben.

Die akute seröse Entzündung der Bursa entsteht nach Schlag, Stoss oder Quetschung. Es bildet sich dann in zwei bis drei Tagen eine in den einzelnen Fällen verschieden grosse fluktuirende Anschwellung, die bei Bewegungen und auf Druck in der Regel wenig schmerzhaft ist. Die Schwellung kann in einigen Wochen wieder verschwinden, vorausgesetzt, dass die betroffene Extremität möglichst geschont oder gar völlig immobilisiert wird; sehr oft aber wird der Erguss nur teilweise oder überhaupt nicht resorbirt, sondern es schliesst sich der akuten serösen Entzündung ein chronisch entzündlicher Zustand mit dauernder Ausdehnung der Bursa an. Der Inhalt der letzteren ist ein ziemlich dünnflüssiges, gelbliches Serum. Im übrigen weichen die Symptome, die diese Entzündungsform macht, kaum von denen, die wir bei der chronischen serösen Entzündung haben, ab.

Bezüglich der Aetiologie der häufigsten Erkrankung, der chronischen serösen Entzündung der Schleimbeutel, des sog. Hygroms, macht Petit auf Grund eingehender Nachforschungen die Angabe, dass in 57% Trauma, in 15% Rheumatismus, in je 2% Icterus, Erkältung und Puerperalfieber die Ursache der Erkrankung gewesen seien, während in 32% aller Fälle eine solche nicht hätte festgestellt werden

können. Heineke giebt an, man finde bei gewissen Beschäftigungen, die infolge häufigerer anstrengender Bewegungen der betreffenden Teile den Schleimbeutel einer oft wiederholten oder langdauernden Reibung oder einem Druck aussetzten, eine gewisse Praedisposition für die Bildung des Hygroms; in seltenen Fällen trete auch das Exsudat eines hydropischen Gelenkes in den mit ihm kommunizierenden serösen Sack über und dehne diesen aus. Es ist mir bei der Durchsicht der in der Litteratur veröffentlichten Fälle von Bursitis iliaca aufgefallen, dass es sich einmal stets um ältere Personen handelte, und ferner dass es, soweit dies angegeben, ausnahmlos Leute der arbeitenden Klasse waren; besonders oft waren es Arbeiter, die berufsmässig schwere Lasten zu tragen hatten. Die Thatsache, dass ausschliesslich ältere Leute betroffen werden, bestätigt die von Heineke gegebene Erklärung für die Entstehung der Hygrome, dass eben der Reiz lange Jahre hindurch gedauert haben muss. Dass nur die arbeitende Bevölkerung von der Bursitis iliaca befallen wird, kommt jedenfalls daher, weil jene ihre Glieder mehr und zu anstrengenderen Beschäftigungen gebraucht als andere Personen; dafür spricht auch der Umstand, dass von sämtlichen in der Litteratur auffindbaren Fällen nur einer ein weibliches Wesen betrifft; und in diesem Falle war auch noch Polyarthritis, bei der ein hydropischer Erguss ins Hüftgelenk in den mit ihm kommunizierenden Schleimbeutel übergegangen war, die nachgewiesene Ursache. Das häufige Auftreten der Bursitis iliaca bei Männern der arbeitenden Klasse ist leicht erklärlich. Beim Tragen von Lasten wird der Oberkörper in der Lendenwirbelsäule und zugleich das Becken nach vorne geneigt; bei dieser Bewegung tritt der M. iliopsoas in Aktion; der kontrahierte Muskel aber, dem die Streckmuskulatur des Rückens entgegenwirkt, um den Körper nicht zu sehr unter der Last einknicken zu lassen, übt entschieden stärkere Reibung und stärkeren Druck auf den von ihm bedeckten Schleimbeutel aus; dass diese Einwirkung in der That vorhanden ist, beweist auch die mehrfach in den Krankengeschichten zu lesende Notiz, dass die sonst meist geringen Schmerzen

beim Tragen von Lasten eine bedeutende Steigerung erführen. Rheumatismus, der sich in zwei Fällen als aetiologisches Moment angegeben findet, kann sowohl bei Kommunikation des Gelenks mit der bursa diese in Mitleidenschaft als auch ohne bestehende Kommunikation ein Hygrom des Schleimbeutels herbeiführen. Was endlich das Trauma als Ursache angeht, so lag es in allen Fällen ein Jahr oder noch länger hinter dem Beginn der Beschwerden zurück. Man muss hierbei bedenken, dass es im allgemeinen sehr beliebt ist, ein Trauma als Ursache für alles Mögliche zu beschuldigen, und dass ganz besonders Leute der arbeitenden Klasse, zumal wenn sie noch direkt danach gefragt werden, wohl sehr leicht ein erlittenes Trauma aus ihrem Gedächtnis ausgraben, selbst wenn die Unfallsrente nicht eine so grosse Rolle spielte, wie sie es thatsächlich thut.

Die Hygrome vergrössern sich nur sehr langsam, und bleiben oft, wenn sie eine gewisse Grösse erlangt haben, stationär. Der durch die entzündliche Schwellung des Schleimbeutels hervorgerufene Tumor entspricht zunächst der Lage der bursa. Dehnt sich der seröse Sack mehr und mehr aus, so tritt er in der Regel an der medialen Seite des M. iliopsoas unter die Haut, er kann aber auch zu beiden Seiten des Muskels hervortreten. Die Schwellung prominiert jedoch bisweilen nach innen und reicht dann unter dem Poupart'schen Bande hindurch ins Becken hinein, ohne dass von aussen eine erheblichere Geschwulst sichtbar wäre. Als obere Grenze derselben wird stets das Ligamentum Poupartii angegeben. Die Ausdehnung des Schleimbeutels kann nun so excessiv werden, dass sie, wie in einem von Dr. Michel[1]) angeführten Falle, bis in die Gegend des Kniegelenks hinabreicht, Dass sich die Geschwulst bis über das obere Drittel des Oberschenkels hinab erstreckt, ist eine Angabe, die sich mehrfach findet. Die Form der Schwellung ist fast immer eine längsovale in der Richtung des Beines; bei bedeutenderer Ausdehnung des serösen Sackes

[1]) Centralblatt für Chirurgie 1880

wird dieser derartig nach unten ausgezogen, dass er das Aussehen eines gestielten Tumors bekommt, der an der Innenseite des Oberschenkels gelegen mit seinem Stiel ans Becken hinanreicht. Die Konsistenz der Geschwulst ist in meisten Fällen weich, so dass sich deutlich Fluctuation nachweisen lässt; bisweilen ist sie aber auch der Art, dass sich der Tumor bei Extension und mässiger Flexion des Oberschenkels durchaus hart anfühlt; dann kann man aber meist bei ausgiebiger Flexion, wobei die Weichteile über der Geschwulst entspannt werden, fast immer noch, wenn manchmal auch nur ganz geringe Fluktuation konstatieren. Die Härte der Geschwulst wird teils durch die pralle Füllung der Bursa mit dem serösen Exsudat, teils durch eine erhebliche Wandverdickung, wie sie jedes ältere Hygrom mehr oder weniger aufweist, bedingt. Die Dicke der Wandung kann nach Heineke[1]) bis zu sechs Linien betragen und ist von grosser Derbheit und fast knorpeliger Härte. In einem von Hoffa[2]) veröffentlichten Falle war die Schwellung so hart, dass sie von einem Kollegium von Ärzten in Unfallangelegenheiten für einen Kallus nach einer eingekeilten Schenkelhalsfraktur angesprochen wurde, obgleich Hoffa den Fall vorher für eine Bursitis iliaca erklärt hatte. Ob das Hygrom mit dem Gelenk kommuniziert oder nicht, darüber können wir nicht in allen Fällen Gewissheit erhalten; denn ist die Kommunikationsöffnung klein, so lässt sich der Inhalt der Cyste garnicht oder doch nur in einer ganz bestimmten Stellung des Beins durch Druck in das Gelenk treiben, um beim Nachlassen des Druckes den serösen Sack wieder auszudehnen. Selbst wenn nun auch bei den verschiedensten Beinstellungen die Geschwulst sich nicht durch Druck verkleinern lässt, so muss man doch stets den Verdacht der Kommunikation beibehalten, zumal wenn es sich um eine ältere Person handelt, bei denen die Kommunikation ja häufiger vorkommt. Diese Kommunikation wird

[1]) Heineke, Anatomie und Pathologie der Schleimbeutel und Sehnenscheiden, Erlangen 1868.

[2]) Monatsschrift für Unfallheilkunde 1897.

bei pathologischen Zuständen der Bursa sowohl wie des Gelenks entschieden öfter gefunden als an der normalen Leiche. Nach Luschkas einleuchtender Erklärung entsteht die Kommunikation durch die Abnutzung, welche die Gewebe durch Reibung im Laufe der Zeit erfahren haben, und es ist wohl verständlich, dass diese Abnutzung eine viel stärkere und schnellere sein wird, wenn bei pathologischer Veränderung der Bursa oder der Gelenkkapsel die Reibung eine weit bedeutendere wird. Das Hygrom selbst ist meist garnicht oder doch nur in geringem Grade druckempfindlich, seine Oberfläche fühlt sich glatt oder auch bisweilen leicht höckrig an, die Haut darüber verschieblich, unverändert, nicht heiss, dagegen ist die Geschwulst machmal mit ihrer Umgebung fest verwachsen, namentlich dann, wenn sie sich, wie in einigen Fällen beobachtet, mit einer Ausbuchtung ihres Sackes derart zwischen die Musculatur des Oberschenkels erstreckt, dass der M. adductor magnus die Unterlage, der M. adductor longus und brevis und der M. pectineus die Bedeckung bilden.

Aus den anatomischen Lageverhältnissen der Bursa ergeben sich die Symptome, welche durch die mehr oder weniger hochgradige hygromatöse Ausdehnung des serösen Sackes hervorgerufen werden. Die Geschwulst übt einen Druck aus auf den in der Lacuna musculorum an ihrer medialen Seite verlaufenden N. cruralis; dadurch entstehen die für eine Bursitis iliaca so charakteristischen Schmerzen, die im vorderen und inneren Teile des Oberschenkels und des Knies auftreten und mitunter bis in die Innenseite des Unterschenkels ausstrahlen, ferner Schmerzen in der Gegend des Hüftgelenks infolge Druckes auf Aeste des N. cruralis, die zum vorderen Teile der Hüftgelenkkapsel ziehen. Die Schmerzen in der Gegend des Gelenkes finden sich allerdings nicht immer, können aber unter Umständen zu der Diagnose einer Hüftgelenksentzündung verleiten. Die grossen Gefässe werden nicht selten von dem Tumor emporgehoben oder medialwärts verdrängt; durch den ständigen Druck kann es zur Thrombose kommen. Die Beziehung der Bursa zu der Muskulatur bewirkt bei pathologischer Schwellung

derselben eine bestimmte Stellung des Beins der afficierten Seite. Damit der Druck auf den Schleimbeutel von Seiten der Umgebung ein möglichst geringer sei, wird das Bein gewöhnlich in mässiger Flexion, Aussenrotation und Abduction gehalten; selten in Adduction und Innenrotation. Während nun das Bein nach den Richtungen, in denen es von der normalen Stellung abgewichen ist, leicht und schmerzlos aktiv und passiv bewegt werden kann, sind alle Bewegungen nach entgegengesetzter Richtung schmerzhaft und infolgedesssen wird bei ihnen vom Patienten Widerstand geleistet, so dass das Becken mitgeht; doch wird auch bei hochgradiger Flexion das Becken mitbewegt, weil dann die Geschwulst selbst direkt an weiterer Beugung hindert und Schmerzen bereitet. In allen Fällen würde man aber in der Narkose nach jeder Richtung absolut glatte Bewegungen im Hüftgelenk erzielen. Stellt sich der Kranke, so berührt er oft wegen der Beugung im Hüft- und Kniegelenk nur mit den Zehen den Boden. Das Gehen ist erschwert und häufig nur mit Hülfe eines Stockes möglich und auch dann meist noch hinkend. Dieses durch den Schmerz erschwerte Gehen ist in fast allen Fällen die erste und die Hauptklage, mit der die Patienten zum Arzt kommen, wobei bisweilen noch die Angabe gemacht wird, dass die Schmerzen beim Tragen von Lasten bedeutender würden. Dabei haben sie im Bein das Gefühl der Lahmheit und sie ermüden sehr schnell; Gefühl von Taubsein und Kribbeln in der Ausbreitung des N. cruralis kommt auch öfter vor. Besteht die Bursitis bereits längere Zeit, so ist die Muskulatur des Beins auf der befallenen Seite mehr oder weniger stark atrophiert, jedenfalls eine Folge teils der Inactivität, teils aber auch mangelhafteren Ernährung infolge der Kompression der grossen Gefässe durch den Tumor. Um Fehldiagnosen möglichst zu vermeiden, ist es von grösster Bedeutung, dass man sich in jedem Falle über den Stand des Trochanters und über die Länge des Beins vergewissert; von einer Verkürzung oder Verlängerung der Extremität kann bei einer Bursitis selbstverständlich nicht die Rede sein und ebensowenig wird der Trochanter jemals ausserhalb der Roser-Nélaton'schen

Linie liegen. Die genaue Feststellung dieser Maasse wird vor der Verwechselung mit einer Hüftgelenksluxation und auch mit einem Kallus nach Schenkelhalsfraktur schützen. Was einen solchen Kallus anbelangt, der in dem von Hoffa veröffentlichten Falle fälschlich von einem Ärztekollegium diagnostiziert wurde: so wird in fast allen Fällen eine Verkürzung des Beins vorhanden sein; ein Kallus liegt nicht wie ein Hygrom der Bursa einzig und allein auf der Vorderseite des Schenkelhalses; ein älterer Kaltus ist nicht druckempfindlich. Jeder Kallus wird durch Resorption allmählich immer kleiner, während die Schleimbeutelschwellung meist in steter langsamer Zunahme begriffen ist; endlich wird eine Röntgenaufnahme, die allerdings in obigem Falle nicht gestattet wurde, eine absolut sichere Entscheidung ermöglichen. Recht nahe liegt die Verwechselung der Bursitis mit einem Kongestionsabscess, wie er ja nicht eben selten von der Rückenwirbelsäule ausgehend unterhalb des Poupart'schen Bandes sichtbar wird; doch muss man bedenken, dass dieser unter der Fascia iliaca sich hinabsenkend an der Vorderseite des M. iliopsoas gelegen ist, während ja das Hygrom an der medialen Seite des M. iliopsoas — zwischen ihm und dem M. pectineus — hervortritt, und ferner müsste man auch eine Ursache der Abscessbildung im Becken oder an der Wirbelsäule ausfindig machen. Man könnte wohl auch an eine Schenkelhernie denken; aber die Lage der Geschwulst, ihre Richtung, ihr Inhalt, ihre Consistenz legen die Sachlage wohl im Allgemeinen klar. Da die für die Bursitis iliaca charakteristische abnorme Beinstellung dieselbe ist wie bei der Coxitis im ersten Florescenzstadium, so können Fälle vorkommen, wo die Diagnose Coxitis oder Bursitis zweifelhaft ist, obgleich bei ersterer die Flexion meist weit stärker ist und bei ihr in der Regel sämtliche activen und passiven Bewegungen im Hüftgelenk wirklich beschränkt sind, was allerdings eventuell erst durch die Narkose bewiesen werden muss.

Der Inhalt des Hygroms besteht aus einer klaren bernsteingelben, fadenziehenden, stark eiweisshaltigen Flüssigkeit, und ist nichts anderes als eine Vermehrung desjenigen Se-

kretes, welches sich auch normaler Weise in den Schleimbeuteln befindet, allerdings dann nur in so geringer Menge, dass es gerade ausreicht, die Wände schlüpfrig zu erhalten. Dass die Wandung bei jedem älteren Hygrom verdickt ist, bisweilen sogar sehr hochgradig, ist oben schon erwähnt. Häufig finden sich in den Hygromen die sog. Reiskörperchen, die meist in grösserer Anzahl frei in dem serösen Sack liegen; in der gesamten Litteratur — soweit sie mir zugänglich war — findet sich jedoch kein Fall von Bursitis iliaca angegeben, in der jene Körperchen beobachtet wurden. Wirkliche Auswüchse kommen in Hygromen nicht selten vor. Virchow[1]) unterscheidet hierbei zwei Arten: „Sehr häufig sind, wie in den Gelenkhöhlen, Duplikaturen der Haut, welche nach innen hin Vorsprünge, Falten, Leisten bilden, und in welche sehr gewöhnlich Fett und Gefässe eintreten. Sie sind, wenn auch sehr häufige, so doch zufällige Gebilde, deren Zahl und Umfang von dem Ernährungszustände des Individuums abhängig ist. Bei sehr fetten Leuten kommt es vor, dass grosse Fettwülste sich in die Schleimhäute hineinschieben und förmliche polypöse Vorsprünge bilden, welche sich sogar ablösen und frei werden können. Das ist die eine, man kann sagen mehr physiologische Form von Excrescenz, welche nur durch Hyperplasie einen pathologischen Charakter annimmt. Davon muss man eine Reihe von eigentlich pathologischen Auswüchsen unterscheiden. Diese Form kann man als Hygroma proliferum bezeichnen. An gewissen Stellen wächst die Membran, statt sich sonst gleichmässig zu verdicken, in einzelnen Massen hervor und es erzeugen sich kleine knorpelartige Körper, welche zuerst von der Oberfläche als rundliche Knötchen hervorwachsen, dann aber allmählich grösser und grösser werden, an Stielen herabhängen, und zuletzt, nachdem die Stiele sich getrennt haben, frei in die Cavität geraten."

[1]) Virchow: Die krankhaften Geschwülste.

Ich möchte nunmehr den bereits veröffentlichten Fällen von Bursitis iliaca folgenden in der chirurgischen Klinik zu Kiel beobachteten Fall hinzufügen.

Patient, Arbeiter Heinrich D. aus Liensfeld bei Eutin, 56 Jahre alt, war zum ersten Male im Frühjahr 1895 in der Kieler chirurgischen Klinik drei Wochen lang in Behandlung wegen Arthritis deformans coxae. Im Sommer 1894 konnte er, nach seinen Angaben, nicht mehr gehen und war deshalb fünf bis sechs Wochen arbeitsunfähig; es hatten sich nämlich ausser den bald rechts bald links auftretenden Hüftgelenkschmerzen allmählich auch Schmerzen an der Vorderseite des Oberschenkels und im Knie eingestellt. Nach der mehrwöchentlichen Ruhe und Behandlung seitens seines Kassenarztes mit Pflastern und Jodpinselung verloren sich die Schmerzen, und Patient konnte wieder gehen. Im Frühjahr 1895 traten beiderseitige Schwellungen in der Leistenbeuge auf, die rechterseits beim Gehen schmerzten.

Die Untersuchung des Patienten, eines Mannes von gesundem Aussehen und guter Muskulatur, ergab Folgendes: in Rückenlage zeigte sich eine Lordose, sodass man eine Faust unterführen konnte, keine Verkürzung eines Beins; der Trochanter war in der Roser'schen Linie gelegen, das rechte Bein in seiner Bewegungsfähigkeit im Hüftgelenk behindert Der Gang des Patienten war nicht hinkend, nur etwas steif, das rechte Bein erschien im ganzen etwas weniger muskulös. Zur Zeit der Untersuchung bestanden beim Gehen in allen Gelenken keine Schmerzen; jedoch wurde Patient etwas behindert durch über dem Ligamentum Poupartii gelegene beiderseitige Drüsenschwellungen. Rechts fühlte man eine Gänseei-grosse, links eine Dreimarkstück-grosse Drüsenanhäufung, bei der man deutlich kleine erbsengrosse, nebeneinander liegende Erhabenheiten fühlen konnte. Den Drüsen wurde Pulsation mitgetheilt von der A. cruralis. — Schwitzkuren und Natr. salicyl. hatten keinen Erfolg. Patient wurde auf Wunsch entlassen.

Darauf lässt Patient sich am 9. II. 1896 zum zweiten Male in die Klinik aufnehmen.

Er giebt an, dass er Ende November 1890 ungefähr drei Meter hoch vom Wagen gefallen sei, mit der rechten Hüfte auf den gefrorenen Boden. Darauf traten Schmerzen in der Hüfte auf, Frakturzeichen waren nicht vorhanden. Nach zwei- bis dreiwöchentlicher Bettruhe konnte Patient wieder leichte Arbeit thun. Die Schmerzen bestanden aber weiter. In den letzten Jahren wurden sie schlimmer, der Gang des Patienten wurde schlechter; er war im Jahre 1894 deswegen behandelt mit Elektricität und Einreibungen, aber ohne Erfolg. Seit einem halben Jahre musste Patient die Arbeit ganz aufgeben. In der letzten Zeit beobachtete der Arzt eine fluctuierende Geschwulst in der rechten Lendenbeuge und Druckempfindlichkeit eines Lendenwirbels; er vermutete Senkungsabscess und schickte D. in die Klinik. Patient war früher stets gesund, hatte in den letzten Jahren zeitweise auch Schmerzen im linken Fussgelenk. Er klagt über Schmerzen beim Gehen, die von der Schenkelbeuge aus am Hüftbeinkamm sich nach hinten ausbreiten, in der Ruhe aber fehlen.

Der Befund war folgender: Das rechte Hüftgelenk ist vollkommen frei; irgendwelche Bewegungshemmung oder Kontraktur ist nicht vorhanden, ebenfalls keine Krepitation; der Trochanter liegt in der Roser'schen Linie. Das rechte Bein ist ziemlich stark atrophiert. Das Rückgrat zeigt keine schmerzhafte Stelle. In der rechten Schenkelbeuge vom medialen Teile des Ligamentum Poupartii am Oberschenkel nach abwärts erstreckt sich eine Kinderhand-grosse flache Schwellung. Die Geschwulst fluctuiert, besonders bei stärkerer Palpation. Sie ist mässig druckempfindlich. Probepunction ergiebt eine klare, gelbliche, fadenziehende Flüssigkeit. Die A. cruralis fühlt man deutlich über der Geschwulst pulsieren. Es wird ein Ganglion vermutet.

Operation: Lateralwärts vom. N. cruralis wird ein senkrechter Schnitt gemacht, der äussere Rand des Nerven freigelegt und der Nerv medialwärts bei Seite gezogen. Die cystische Geschwulst kommt jetzt zum Vorschein; sie fühlt sich an wie ein Schleimbeutel. Beim Betasten fühlt man in dem Sack deutlich einen freien Körper. Deshalb wird

die Wand angeschnitten, wobei fadenziehende, gelbliche seröse Flüssigkeit ausfliesst, und ein fast Taubenei-grosser höckeriger freier Gelenkkörper herausgeholt. Derselbe besteht aus Knorpel und hat, wie sich beim Durchschneiden zeigt, in der Mitte einen kleinen verkalkten Kern. Es zeigt sich hierauf noch ein zweiter wenig kleinerer Körper, welcher ebenfalls herausgehoben wird. Ein dritter kleinerer Körper aus Fibringerinnseln mit Knorpelkern wird zum Schluss extrahiert. Der Operateur geht mit dem Finger in den Sack hinein und findet, dass er eine Ausstülpung des Hüftgelenks ist. Er tastet das Gelenk aus und findet einen grösseren Defect auf der Hinterseite des Caput femoris, sonst keine Veränderungen der Kapsel und der übrigen Gelenkteile. Naht der Wunde, Streckverband.

Die Heilung ging in normaler Weise vor sich. Patient stand drei Wochen nach der Operation auf. Bei der nach weiteren drei Wochen erfolgten Entlassung waren die Beschwerden nicht geringer als vor der Operation: Patient ging sehr schlecht, klagte über Schmerzen, die von der Gelenkgegend zum Knie sich ausbreiteten. Coxitische Erscheinungen waren nicht da. Die Diagnose lautete: Corpora mobilia des rechten Hüftgelenks.

Patient hatte weiterhin nach wie vor starke, von der Hüfte ins Knie ausstrahlende Schmerzen, konnte nur am Stock gehen und war demgemäss fast gänzlich arbeitsunfähig. Die Beschwerden wurden im Laufe des Winters 1898/99 immer schlimmer, die Schmerzen traten auch des Nachts auf, und in der Gegend des Poupart'schen Bandes hatte sich eine langsam wachsende Geschwulst gebildet. Daher suchte D. auf Rat seines Kassenarztes am 18. VI. 1899 zum dritten Male die Klinik auf.

Bei der Aufnahme ergab sich Folgendes: Links besteht eine Leistenhernie. In der rechten Leiste unterhalb der Mitte der Leistenfurche wölbt sich eine ca. Gänseei-grosse Geschwulst an der Vorderseite des Oberschenkels vor. Über derselben befindet sich eine von der früheren Operation herrührende ca. 10 cm lange Narbe. Der Tumor ist weich, fluktuiert; die Haut darüber unverändert, verschieblich,

nicht heiss; A. cruralis liegt direkt an der Innenseite der Geschwulst. In derselben fühlt man beim Aufrichten des Oberkörpers leichtes Reiben; man hat dann und wann den Eindruck, als ob sich ein Haselnuss-grosser Körper in der Geschwulst frei beweglich befände. Eine Verminderung der Grösse ist bei Bewegungen nicht zu konstatieren. Beugen und Strecken im Hüftgelenk sind nicht behindert; dagegen wird bei Adduction und Rotation das Becken mitbewegt; Patient hat dabei Schmerzen. Die Länge beider Beine zeigt keinen Unterschied. Der Trochanter steht in der Roser'schen Linie; Schlag auf den Trochanter wie auf die Fusssohle verursacht keine Schmerzen im Hüftgelenk. Fuss- und Kniegelenk sind frei beweglich. Beim Gehen wird das rechte Bein geschont. Die Muskulatur des rechten Oberschenkels ist sehr atrophisch. Die Röntgenphotographie zeigt ein normales Gelenk.

Operation: Der Hautschnitt über der Geschwulst wird in der Längsrichtung des Körpers gemacht. Nach Spaltung des Fascie wölbt sich die abgekapselte Geschwulst, welche sich als prall gefüllte Bursa iliaca darthut, vor. Bei der Spaltung entleert sich klare, fadenziehende Gelenkflüssigkeit. Im Inneren der Bursa finden sich zwei grössere und fünf kleinere Polypen, von denen die beiden grösseren Haselnuss-Grösse haben. Einer liegt frei in der Bursa, die anderen hängen an dünnem Stiel mit der Wand zusammen. Die Bursa kommuniziert mit dem Gelenke. Die Wand der Bursa ist verdickt. Nach Exstirpation der Bursa wird der verbindende Kanal durch Catgut-Naht geschlossen. Naht der Fascie. Hautnaht mit Seide. Steriler Verband. Ruhigstellung des Hüftgelenkes durch Schiene.

Etwa drei Wochen nach der Operation, nachdem die Wunde per primam verheilt war, steht Patient auf, hat aber zunächst beim Gehen noch heftige Schmerzen im Hüftgelenk. Darauf werden Übungen im medico-mechanischen Institute der Klinik vorgenommen, welche ca. 8 Tage fortgesetzt wurden bis zur Entlassung.

Der Entlassungsbefund war folgender: Die Narbe ist fest, eine Hervorwölbung an dieser Stelle nicht mehr vorhanden.

Die Muskulatur des Oberschenkels ist stark atrophisch, besonders der M. quadriceps. Die aktive Streckung des Beines ist nur langsam und schwer möglich. Patellarreflex ist kaum vorhanden, die Bewegungsfähigkeit im Hüftgelenk dieselbe wie früher. An der Innenseite des Oberschenkels ist das Gefühl in der Ausdehnung einer Handfläche herabgesetzt. Die Schmerzen im Hüftgelenk haben sich gebessert, auch im Knie. Patient ermüdet leicht beim Gehen und kann sich nur am Stock fortbewegen. Das rechte Bein wird sehr geschont, Knie- und Fussgelenk sind frei beweglich.

Dass es sich bei dem ersten Aufenthalt des Patienten in der Klinik bereits um eine Bursitis iliaca gehandelt hätte, kann man nicht mit Sicherheit behaupten; dass es aber im Jahre darauf eine solche war, wird wohl kaum jemand bezweifeln. Was in vorstehendem Falle als hauptsächlichstes Moment anzusprechen ist, ob die Arthritis deformans, die sowohl das Gelenk als den mit ihm kommunizierenden Schleimbeutel mit Synovialflüssigkeit erfüllt hat, oder die Beschäftigung des Patienten, bei der die Bursa iliaca besonders oft Reizungen oder Druckwirkungen ausgesetzt war, oder endlich der im Jahre 1890 erlittene Fall auf die rechte Hüfte, ist nicht zu unterscheiden. Die mikroskopische Untersuchung der freien Körper und Excrescenzen ergab folgenden Befund: Die Grundsubstanz ist ein sehr lockeres reticuläres Bindegewebe, in dem die Gefässe stark erweitert sind; an vielen Stellen sieht man herdförmige Ablagerungen von Blutpigment, die durch ihre Farbenabstufung vom Geblichen bis zum Dunkelbraun darthun, dass sie Blutaustritten zu verschiedenen Perioden entstammen. Die Polypen sind überzogen von einem dünneren einschichtigen Endothel langgestreckter Zellen, wie sie das Innere der Schleimbeutel auskleiden. — Die Erweiterung der Gefässe wie auch die Ablagerungen von Blutpigment erklärt sich aus der Torsion der ursprünglich sämtlich gestielt gewesenen Polypen.

Vergleicht man die Erfolge des operativen Verfahrens vom Jahre 1896 und 1899, so findet man eine Bestätigung der bereits von Heineke gemachten Angabe, dass die

Exstirpation der Bursa die einzig sichere Therapie zur rationellen Beseitigung des Hygroms sei. Jedoch führt auch eine weniger eingreifende Therapie der Hygrome oft zum Ziele. Zur Heilung genügt zunächt oft die Anwendung einer energischen Kompression, die man mit Jodpinseln, Einreiben von grauer Salbe, Massage verbinden kann, ja oft kommt man mit Breiumschlägen oder Bleiwasserumschlägen zum Ziel. Tritt aber so die Heilung nicht ein, so ist es vorteilhaft, zuerst eine Punction auszuführen und dann erst eine starke Kompression wirken zu lassen. Velpeau'sche Jodeinspritzungen, die eine adhaesive Entzündung und sekundäre Verödung der Höhle zum Ziele haben, sind nach der Punction auch empfehlenswert, ausser wenn es sich um sehr starre Wandungen oder um mehrfächrige Schleimbeutel handelt, oder wenn Verdacht besteht, dass eine Kommunikation mit einem Gelenk vorhanden ist.

* * *

Zum Schluss sei es mir erlaubt, auch an dieser Stelle Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Helferich für die liebenswürdige Anregung zu dieser Arbeit, Herrn Dr. Momburg für die freundliche Unterstützung bei der Abfassung derselben meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Handbuch der praktischen Chirurgie.
Centralblatt für Chirurgie.
Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.
Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie.
Monatsschrift für Unfallheilkunde.
Schmidt's Jahrbücher.
Deutsche medizinische Wochenschrift.
Heinecke: Anatomie und Pathologie der Schleimbeutel und Sehnenscheiden Erlangen 1868.
Virchow: Die krankhaften Geschwülste.
Henle: Anatomie des Menschen.
Hyrtl: Topographische Anatomie.
Luschka: Anatomie des Menschen.
Joessel: Lehrbuch der topographisch-chirurgischen Anatomie.
Ziegler: Pathologische Anatomie.

Vita.

Verfasser dieser Arbeit, Heinrich August Poppe, wurde am 8. August 1874 zu Itzehoe als Sohn des Telegraphen-Assistenten Poppe geboren. Er besuchte zunächst die Bürgerschule zu Itzehoe, darauf das Realprogymnasium daselbst und das Königliche Gymnasium zu Kiel, an welch letzterem er Ostern 1895 das Zeugnis der Reife erhielt. Sodann studierte er Medizin in Kiel und München. Am 8. Mai 1897 bestand er die ärztliche Vorprüfung in Kiel. Ebendaselbst diente er das erste halbe Jahr mit der Waffe beim III. Bataillon, Infanterie-Regiments, „Herzog von Holstein" (Holsteinisches) No. 85. Das medizinische Staatsexamen begann er am 11. I. 1900 und beendete es am 30. III. 1900. Am 31. III. 1900 bestand er das Tentamen rigorosum.